

問診票（再来用）

お名前

年齢； _____ 歳（1歳以下 _____ ヶ月）

体重； _____ Kg

本日の体温； _____ ・ _____ 度（自宅で計測）

_____ ・ _____ 度（来院時）

当てはまるものに○をつける

- 本日の受診は、
- ・ 新たな症状による
(熱、咳、痛み、下痢、皮膚症状、痙攣。 _____)
 - ・ 治療経過受診、定期受診
 - ・ 健診
 - ・ 相談
 - ・ その他

発熱；いつ発熱に気づきましたか、： _____ 月 _____ 日頃より

解熱剤；使った、最終 _____ 日、 _____ 時ころ

咳；少し、

多い（寝入りに多い、夜間に多い、朝方多い、昼に多い）

（咳き上げる、夜間眠られない）

ゼーゼーあり、

声がかすれた、苦しそうな咳

痛み；痛いのは、頭、耳、胸部、腹部、四肢、関節、 _____。

下痢；いつからですか； _____ 月 _____ 日より

（嘔吐をともなう、血便伴う）

便通；下痢、軟便、便秘

水分補給；ほとんど取れていない、不十分、採れている。

ぐったりしている。

排尿はありますか； あり、 **8時間以上無い**

発疹の出現； あり、 なし

その他の症状： _ _ _ _ _